LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Syphiligraphie : Vues nouvelles sur la syphilis, par le Dr Enrico Stassano, 497. — **Bibliographie** : Aide-mémoire de chirurgie militaire, par le Dr A. Coustan, 501. — **Revue de la presse** : Symptômes oculaires en rapport avec les troubles de l'excrétion urinaire, 501. — Nouveau procédé pour obtenir une eau potable dépourvue de germes, 502. — **Académie des sciences** : *Séance du 26 juillet* 1897. Présidence de M. A. Chauvin. — De l'intoxication par la sueur de l'homme sain, 503. — **Académie de médecine** : *Séance du 3 août* 1897. Présidence de M. Caventou. — Mort de M. Gros, 504. — Traitement chirurgical du goître exophtalmique, 504. — La cure radicale de la hernie et ses conditions de solidité, 506. — Rapport sur la vaccine, 507. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 30 juillet* 1897. Présidence de M. Debove. — Un nouveau signe de la névralgie phrénique, 507. — Etude sur 3 cas de cancer succédant à l'ulcère de l'estomac, 507. — Du mouvement associé de flexion de la cuisse dans l'hémiplégie organique, 508. — Mouvement spasmodique associé du peaucier du cou dans l'hémiplégie organique, 508. — Elimination du bleu de méthylène par l'urine, 508. — Syndrome de Morvan, syringomyélie et lèpre, 509. — **Variétés** : Les maladies épidémiques et le secret professionnel médical, 509. — **Nouvelles**, 510.

SYPHILIGRAPHIE

—

Vues nouvelles sur la syphilis (1).

Par le Dr Enrico Stassano.

Les vues personnelles que je vais avoir l'honneur d'exposer sur la syphilis découlent d'une minutieuse enquête clinique que j'ai vu la nécessité de poursuivre avec des critériums modernes, sur cette maladie, avant d'en aborder systématiquement l'étude anatomo-pathologique.

Ces vues me serviront, ainsi, de guide dans le long et méthodique travail que je vais entreprendre. Fidèle au déterminisme expérimental, je m'avantagerai de ces vues, autant qu'elles correspondront aux faits.

En rédigeant, à Naples, cet exposé, je ne songeais guère à le publier, si ce n'est de le soumettre, en manuscrit, au jugement des savants de ce grand centre intellectuel, auxquels j'allais demander pour mon travail l'appui moral qui vient de m'être accordé déjà de la manière la plus bienveillante du monde.

Mais, reconnaissant que d'une large discussion de ces vues le plan de mes recherches ne peut que bénéficier, je n'ai pas hésité, Messieurs, à accepter la flatteuse invitation de votre très distingué secrétaire général.

En envisageant la longue et protéiforme évolution de la syphilis, tant dans l'individu qui en est atteint que dans sa descendance, d'après les données expérimentales, acquises, depuis peu, sur les maladies infectieuses, dont on connaît les germes pathogènes et le mécanisme de l'action, on est porté naturellement à retrouver des ressemblances, bien plus marquées et significatives que celles entrevues, jusqu'à présent, entre la succession chronologique de la syphilis et le tableau symptômatologique de ces maladies, à germes et toxines connus.

Et, remontant des manifestations extérieures des maladies en question à leurs causes intimes, par la même voie de rapprochements, on est amené à regarder les lésions pathognonomiques de la syphilis, acquise et héréditaire, comme les localisations sélectives et graduelles des toxines produites par le microbe, encore inconnu, de la syphilis, mais dont l'existence est indiscutable.

Le rôle important des toxines microbiennes dans la génèse des lésions anatomiques et de tous les autres symptômes morbides des infections a été découvert dans le choléra et confirmé, amplement, dans bien d'autres infections aïguës, surtout dans le tétanos, la diphtérie et plus récemment dans la fièvre typhoïde.

A côté de ce rôle important des produits microbigènes, on a reconnu que chaque toxine affecte une préférence, très marquée, à exercer son action sur tel ou tel autre tissu de l'organisme atteint, de la même façon que telle substance chimique accuse une affinité constante, sélective, comme on appelle cette propriété, à s'éliminer par les muqueuses, telle autre par l'intestin, plutôt que par les reins.

En outre, il a été constaté, dans de nombreuses infections expérimentales, que les cellules de ces tissus frappés de préférence par les toxines s'accoutument, aussi bien que les cellules des tissus ordinairement

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 10 juillet 1897.

moins sensibles, aux effets morbides des produits microbiens, si la marche lente de l'infection les met à même d'en éprouver graduellement l'action.

Cette accoutumance aux toxines, quoique confinée à certains éléments cellulaires, peut quelquefois contribuer, pour beaucoup, à la conservation de l'individu. Si à ces cellules, en effet, est dévolue quelque fonction capitale, leur accoutumance, en protégeant l'activité, donne le temps aux phagocytes de l'organisme d'accomplir victorieusement leur rôle protecteur.

Mais, toujours, cette accoutumance a une certaine influence dans la succession des symptômes, au cours de l'infection, peu marquée dans les infections très-aiguës, mais déjà assez évidente dans la fièvre typhoïde.

C'est, vraisemblablement, à cette sorte d'accoutumance locale, gagnant, à la vue, en extension et intensité, au fur et à mesure que la maladie se prolonge, que la syphilis doit de prendre successivement les différents aspects qui constituent son tableau clinique. Dans aucune autre infection nous ne pouvons suivre, avec autant de clarté que dans la syphilis, à cause, naturellement, de sa lente évolution et de la superficialité de ses localisations précoces et d'une partie de ses lésions tardives, cette tendance à l'immunisation graduelle, par couches, dirais-je, de l'organisme affecté, envers les manifestations successives de la même infection. Les premiers exanthèmes, en effet, envahissent tous les téguments, symétriquement; leurs récidives, au contraire, n'occupent que des surfaces limitées de la peau, de plus en plus restreintes à la suite de chaque nouvelle poussée, et sans aucune symétrie.

Cette immunisation cutanée, cependant, ne signifie pas la guérison. La syphilis peut, en revanche, s'aggraver à cette période, au lieu de disparaître comme il arrive dans la majorité des cas, produisant une toxine, assez nuisible, qui nécrose les éléments cellulaires là où elle réussit à les attaquer. Mais les localisations de cette période revêtent, de même, le caractère des dernières récidives des éruptions précoces, dont elles ne semblent que la continuation, par leur faible extension et leur asymétrie marquée. A cette période avancée de la syphilis, sa toxine nécrosante se reverse de préférence sur les organes intérieurs et sur tous les tissus, en général, qui, dans la période des éruptions, ont été passagèrement atteints. La rate, seule, n'est que très rarement frappée par la toxine nécrosante, mais cette exception est une éclatante démonstration de la règle énoncée : la rate, dès le début, avant même les premiers exanthèmes, est touchée par la syphilis. Sa tuméfaction précose, qui accompagne toutes les éruptions syphilitiques, met hors de doute la lente accoutumance de cet organe à la toxine de la syphilis, d'où l'immunisation dont la rate jouit à l'égard des localisations tardives. Par la même raison, on peut, logiquement, expliquer, pourquoi les glandes lymphatiques échappent, avec presque autant de fréquence, aux infiltrations gommeuses.

Toutes, indistinctement, les localisations syphilitiques ont un point de départ commun dans les lésions vasculaires, dans un procès inflammatoire des tuniques des vaisseaux avec proliférations endothéliales allant jusqu'à l'occlusion des calibres.

Dans la formation du chancre aussi, c'est à la suite de l'hyperplasie de la paroi unique de quelque capillaire et de son oblitération que se produit l'immigration embryonnaire caractéristique et la prolifération épithéliale de l'épiderme. Il s'ensuit qu'à cet égard, au moins, on ne peut distinguer l'accident primitif des lésions successives de la syphilis, des éruptions contagieuses de cette maladie, aussi bien que des localisations tertiaires inoffensives. D'ailleurs, l'absence constante de la moindre altération locale, pendant la longue incubation, à la place où apparaîtra le chancre, et l'éclosion d'emblée des phénomènes secondaires, notée quelquefois, indiscutablement, chez des individus observés journellement, avec grand soin, à la suite d'un coït suspect, induisent à ranger le chancre parmi les éruptions syphilitiques, au lieu de mettre son origine en rapport direct avec la pénétration et la pullulation locale de la cause vivante de la contagion. La respectabilité des médecins qui ont relaté ces observations de syphilis, sans accident initial, et la fréquente absence de cette manifestation chez les enfants qui contractent la syphilis par allaitement, concordent avec cette manière de voir, à l'appui de laquelle on peut citer nombre de faits, entre autres, que l'absence du chancre se note surtout chez les syphilitiques qui ne sont de même pas atteints par les éruptions secondaires; ainsi chez des sujets auquels nous pouvons attribuer une naturelle immunité de la peau et des muqueuses contre les effets morbides de la toxine syphilitique, par analogie avec ces cas spontanés de fièvre typhoïde sans lésions intestinales que M. Sanarelli a reproduits accoutumant préalablement le tube digestif des animaux en expérience aux effets morbides de la toxine typhique.

Attendu que la syphilis débute, dans la généralité des cas, par le chancre, et que cette lésion peut, quelquefois, se cacher dans les plis profonds du vagin, la signification que les syphiligraphes ont donnée jusqu'à ces derniers temps à l'accident primitif a été bien justifiée. Mais, maintenant que nous possédons de nombreux exemples de syphilis sans accident primitif; que les récentes études expérimentales nous ont renseignés à l'égards des effets morbides des produits microbiens que M. Sanarelli nous a prouvé péremptoirement que les lésions intestinales de la fièvre typhoïde sont dues exclusivement à la localisation de la toxine du bacille d'Eberth, et succèdent à l'intoxication générale, au lieu d'en être l'accident primitif, provoqué par la pullulation du microorganisme typhique dans la muqueuse intestinale, ce serait une véritable légèreté de continuer de rapporter, indistinctement, à des fautes d'observations, tous les cas de syphilis sans chancre,

ne grave erreur de refuser les enseignements qui nous iennent, à ce propos, de la pathologie comparée des aladies infectieuses.

Le seul fait qui, de prime abord, paraît appuyer en- ore l'ancienne interprétation, à savoir que le chancre ège à la place où il est censé que la contagion a péné- é, n'a guère de valeur. Les porteurs de chancres ssurent, presque uniformément n'avoir pas remarqué moindre effraction à l'endroit de la sclérose, après e coït infectant. Et bien des fois, eu égard au siège de lésion, il serait encore plus problématique de ratta- her l'origine du chancre à l'inoculation immédiate de contagion sur une solution de continuité : les chan- res des amygdales sont l'exemple le plus clair de ette impossibilité anatomique.

Une toute autre origine peut être imputée à la locali- ation du chancre, si l'on envisage en même temps les uméfactions ganglionnaires qui se montrent tou- ours, dès le début, avec l'accident initial, et dont la résence est encore plus constante, au commencement le la syphilis, que le chancre même, qui peut manquer uelquefois. Dans les pléiades inguinales, le volumineux anglion satellite de l'accident primitif doit, vraisem- blablement, avoir commencé de se tuméfier avant les autres ganglions, dont l'adénopathie est presque toujours contemporaine de l'apparition du chancre.

La fonction des ganglions lymphatiques, comme ap- pareils de défense de l'organisme contre l'invasion des microbes et contre la diffusion des poisons microbiens, n'est plus à démontrer. Ainsi chez les porteurs de chancres des organes génitaux, par exemple, les pléiades inguinales représentent la première ligne de défense ganglionnaire contre la contagion et la toxine du virus syphilitique. Il s'ensuit que cette toxine, dès son premier rayon de production, dans les lymphatiques tributaires des glandes inguinales, est forcée à se déverser dans les vaisseaux sanguins du même territoire, au lieu de se répandre uniformément dans l'organisme entier, par les grands troncs lymphatiques. La toxine syphilitique, alors, agissant sur un réseau limité, ne peut pas tarder, pour peu abondante qu'elle soit, à faire sentir son action nuisible dans quelque maille superficielle des capillaires, aidant son affinité caractéristique pour les muqueuses et la peau. La localisation de l'accident primitif sur les organes génitaux et non ailleurs est, de la sorte, une conséquence naturelle de la fonction protectrice des ganglions lymphatiques. Ainsi s'explique, de même, l'origine vasculaire du chancre, inconciliable avec l'ancienne opinion dont nous venons de démontrer, à plusieurs égards, l'inadmissibilité.

Néanmoins, une certaine quantité de la toxine syphilitique parvient à franchir le filtre des ganglions tuméfiés, ou même à se diffuser dans la circulation générale par les capillaires sanguins du territoire primitif de production. Mais, à cause des nombreux obstacles qu'elle a à franchir et de l'énorme surface sur laquelle elle se répand, aucun effet morbide n'accuse la lente diffusion de cette toxine, si ce n'est l'accoutumance des téguments pour la même toxine qui a provoqué avant, dans le territoire de production, le chancre. Quelquefois on note aussi, sur le même malade, la présence simultanée de deux ou plusieurs chancres, s'étant présentés l'un après l'autre, à la distance de quelques jours, jusqu'à deux ou trois semaines; ces chancres, multiples cependant, se forment dans la majorité des cas sur le même territoire lymphatique et tiennent, très probablement, à une plus intense production de la toxine syphilitique, comme semble aussi le prouver le fait que, dans ces cas de chancres multiples, les éruptions secondaires débutent très précocement et occupent de très larges étendues de téguments. L'impossibilité de provoquer, expérimentalement, un second chancre sur un syphilitique quelque temps après l'apparition de l'accident primitif, tient indiscutablement à l'accoutumance cutanée pour l'éruption chancriforme.

Fixé sur l'origine éruptive, toxique, du chancre, il faut trouver la voie ordinaire d'entrée du virus syphilitique, en conséquence du contact sexuel. L'histologie de ces vaisseaux, qui se terminent, très superficiellement, en un réseau enchevêtré, sous l'épiderme ou l'épithélium des muqueuses, par des culs de sac simples ou composés, dépassant de beaucoup le calibre des capillaires sanguins, apporte son concours à la solution de ce problème. De même les expériences de Nasse et Tomsa, touchant l'exsudation de la lymphe, qui se produit dans tous les tissus, lorsque la circulation de retour est gênée, rendent compte, en quelque sorte, de ce qui se passera dans ces culs de sac terminaux des lymphatiques, au moment de la turgescence érotique dans les muqueuses des parties érectiles des génitaux. Mais ce sont surtout les remarquables expériences de Stöhr sur la migration physiologique des leucocytes, à travers les muqueuses, et les belles démonstrations de M. Metchnikoff à l'égard du caractère phagocytaire de cette migration, qui répandent une vive lumière sur l'obscure propagation de la vérole par simple cohabitation, par imprégnation syphilitique, sans l'intervention d'une solution de continuité.

Les leucocytes extravasés, dans le contact érotique infectant, englobent les micro-organismes de la syphilis, et les entraînent dans la muqueuse indemne. Ne parvenant pas à les détruire sur place, les leucocytes, de puissants éléments phagocytaires qu'ils sont, se transforment en actifs propagateurs de la contagion véroleuse, ce qui, de prime abord, paraît bien étrange.

Sur les mucosités des amygdales, chez les individus bien portant, on trouve de nombreux leucocytes, bourrés de bactéries, appartenant à différentes espèces, dont quelques-unes pathogènes. Le rôle phagocytaire et protecteur de ces glandes, placées au fond de la cavité buccale, dans un endroit si exposé à l'agression des microbes, est évidemment prouvé par l'observation bactériologique de ces mucosités tonsillaires. Cependant, les amygdales, aussi, peuvent se convertir en

de faciles portes d'entrée pour les infections, si l'impression du froid, un catarrhe préalable, ou n'importe quelle autre cause prédisposante, les met en condition d'infériorité vis-à-vis des microbes envahisseurs : les cas nombreux d'angines et les cas moins fréquents de chancres des amygdales expliquent clairement ce mécanisme de contamination, en apparence contradictoire.

Tout de même, pour ces cas, pas rares, d'ailleurs, en certains pays, de chancres des amygdales, et pour toutes les autres formes, beaucoup plus fréquentes, de propagation de la vérole, on ne peut pas refuser complètement aux leucocytes des tonsilles, aussi bien qu'aux lymphoïdes des muqueuses génitales, leur fonction protectrice contre le virus syphilitique. Si l'on pouvait produire une statistique, pour tous les individus des deux sexes qui l'échapppent belle à la contagion, si répandue, de la vérole, on verrait, certainement, que leur nombre est, à proportion, beaucoup plus grand que celui enregistré pour les cas de morsures de chiens enragés non suivis d'accidents morbides.

D'ailleurs, la longue incubation de la syphilis, de douze à trente jours jusqu'à six ou sept semaines, témoigne, évidemment, de la lutte invisible qui s'engage, à l'intérieur des lymphatiques, entre le virus syphilitique et les phagocytes. Cette simplification de l'incubation, dans les maladies infectieuses, repose sur un grand nombre de recherches expérimentales, et elle est, en outre, appuyée solidement par beaucoup d'observations cliniques, touchant l'action des vaccins et des sérums spécifiques, — administrés en doses insuffisantes ou trop tard pour être curatifs — de retarder l'incubation latente de plusieurs infections, telles que la rage, le tétanos, etc., etc. Dans la syphilis, où la contagion se fait directement d'homme à homme, à plus forte raison que dans les autres infections humaines transmises par les animaux ou par le milieu environnant, on ne peut guère comparer l'incubation au laps de temps que certains germes infectieux demandent pour s'accoutumer à un nouveau milieu de culture.

La durée de l'incubation dépendra, dans la syphilis aussi, de la force respective des deux ordres de combattants, le virus et les phagocytes, comme semble le prouver le fait, constaté par Hassowitz le premier, à savoir que chez les enfants nés syphilitiques, l'éclosion de l'hérédo-syphilis est d'autant plus tardive que la contagion date depuis plus longtemps chez les parents.

L'âpre lutte des éléments lymphatiques avec les micro-organismes de la vérole se révèle aussi avec plus de clarté par la réaction ganglionnaire, dont le degré et la multiplicité des accidents mesurent visiblement l'intensité et la généralisation. Plus forte et répandue est la tuméfaction des ganglions lymphatiques, plus l'infection est maîtrisée. Ainsi, chez les adolescents, l'habituelle bénignité de la syphilis s'accompagne d'adénopathies primitives et multirégionales très volumineuses et tenaces ; chez les adultes, par contre, les formes plus graves de véroles — soit au début de l'infection, soit dans la période secondaire — et les formes galopantes, s'accompagnent d'une très faible réaction lymphatique, confinée à quelques ganglions isolés. Dans les manifestations tertiaires, dues à la toxine nécrosante de la syphilis tardive, les adénopathies sont encore plus rares ; quelquefois même à côté de lésions très graves, malgré l'acuité du processus gommeux ulcérant, on ne rencontre que quelques ganglions légèrement tuméfiés, tout à fait indolents. A cette période de la syphilis l'organisme ne réagit que faiblement à l'infection.

Ces faits cliniques sont en parfait accord avec la loi de pathologie générale formulée par M. Bouchard, d'après laquelle dans les infections l'atteinte générale secondaire de l'organisme est d'autant moins grave que la réaction locale primitive a été plus intense. La signification intime de cette loi se rattache, d'après les classiques recherches de Metchnikoff sur les immunités, à la relation qui existe entre le degré de résistance de l'individu et l'activité phagocytaire, locale et générale, de ses leucocytes, vis-à-vis des microbes inoculés : ainsi le phagocytisme est très exalté chez les animaux vaccinés et presque nul chez les animaux très réceptifs, qui succombent, comme foudroyés, à l'infection.

Lorsque les microorganismes de la syphilis, surmontant la barrière ganglionnaire immédiate, viennent de parvenir dans la circulation, l'engorgement de la rate, l'apparition de quelques adénopathies multi-régionales, s'accompagnant de malaise et souvent d'accès de fièvre, signalent leur généralisation, tout comme, dans les maladies infectieuses aiguës, l'envahissement de l'organisme entier, par les microbes de l'infection.

Dans les cas de chancres des amygdales, la courbature et la fièvre sont si intenses, que souvent on peut penser à une angine infectieuse et même, eu égard à l'adénopathie, à une angine diphtérique. La constance et l'acuité de la fièvre, dans ces cas, doivent se rattacher à la proximité des centres nerveux vaso-moteurs pédonculaires, au territoire lymphatique surchargé de la toxine syphilitique, dont la manifestation appréciable à la vue, c'est le chancre.

Dans les autres localisations de l'accident primitif, l'apparition, la persistance et l'élévation de la fièvre — laquelle, dans certains cas décrits par les syphiligraphes, arrive jusqu'à simuler une forme typhoïde — mesurent l'intensité de la force agressive de l'infection. Ainsi, dans les formes de syphilis galopante, la fièvre ne manque presque jamais et peut réaliser des élévations de température assez marqués, la fièvre étant l'indice calorique de la réaction de l'organisme contre l'infection, l'absence de la fièvre, dans les cas ordinaires de syphilis, où l'intoxication est lente et se fait petit à petit et d'une façon fragmentaire, s'explique

sément, ainsi que sa présence et son acuité dans les ormes plus intenses et généralisées d'empoisonnement icrobien.

(*A suivre*).

BIBLIOGRAPHIE

Aide-mémoire de chirurgie militaire, par le Dr A. Coustan, médecin-major de 1re classe en retraite, 1 vol. in-18, 300 pages. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1897.

L'auteur étudie les maladies selon leur ordre de fréquence et prend d'abord les maladies de l'appareil locomoteur occasionnées ou aggravées par la chaussure, la fatigue et les efforts. Ce sont en premier lieu les blessures de marche, blessures sans gravité, mais qui néanmoins jouent dans l'armée un rôle considérable, puisqu'elles peuvent atteindre les jeunes soldats jusqu'au chiffre incroyable de plus de 20 p. 100 en temps de guerre. L'hyperhydrose plantaire joue de même un très grand rôle, puis viennent la talalgie, la tarsalgie, les maladies des muscles, des tendons, des os et des articulations. Les varices et les hernies sont souvent provoquées ou aggravées par la fatigue et les efforts. L'article 231 de l'instruction du 17 mars 1890 sur l'aptitude physique au service militaire permet en effet de recevoir des conscrits atteints de varices lorsqu'elles ne sont pas trop prononcées. D'ailleurs le nombre des hommes réformés ensuite pour varices est extrêmement faible, de 0,28 à 0,60 pour mille.

Comme maladies des yeux, l'auteur décrit l'ophthalmie granuleuse, qu'il ne sépare pas suffisamment des autres formes de conjonctivites, et l'héméralopie, cette curieuse affection si commune autrefois dans l'armée sous la forme d'épidémie et qui devient aujourd'hui de plus en plus rare.

Les réformes pour otites chroniques et perforations du tympan sont assez nombreuses. La seule prophylaxie réelle de ces maladies dans l'armée consiste à éliminer les conscrits dont les oreilles présentent une cause d'exemption.

Les maladies cutanées communes dans l'armée sont la gale, le clou de Biskra, l'ecthyma du cavalier, la furonculose.

Nous ne saurions suivre l'auteur dans la description de toutes les maladies du soldats, signalons seulement les chapitres sur les accidents des plaies, les accidents par piqûres d'animaux venimeux ou non venimeux, sur les accidents provoqués par les causes météoriques, enfin sur les simulations et les mutilations volontaires. Le devoir du médecin militaire, en pareil cas n'est pas toujours très facile ; M. Coustan le trace en quelques lignes très bien pensées.

La seconde partie de ce livre traite des traumatismes professionnels en temps de paix. Ici encore les descriptions sont forcément succintes mais très nourries.

A. Ch.

REVUE DE LA PRESSE

Symptômes oculaires en rapport avec les troubles de l'excrétion urinaire. — Les relations des troubles oculaires avec les affections des reins ont été largement étudiées, mais l'étude s'est bornée aux rapports de la maladie de Bright et de la rétinite et l'on n'a porté que peu d'attention aux relations des autres phénomènes oculaires avec les anomalies de l'excrétion urinaire. Le Dr Edward W. Wright, de Brooklyn, rapporte dans *Medicine*, de Detroit, plusieurs cas destinés à montrer la nécessité d'étudier les troubles de l'excrétion urinaire dans tous les cas où il existe des phénomènes oculaires bizarres ou obscurs.

Le premier cas est celui d'une femme de 52 ans qui présentait des phénomènes glaucomateux. Deux de ses parents étaient presque aveugles et depuis deux ans la malade elle-même craignait beaucoup de perdre complètement la vue. Les symptômes subjectifs étaient de fréquentes attaques de douleurs dans un ou les deux yeux, la vision à distance était mauvaise et elle ne pouvait lire sans faire de grands efforts et sans voir ses douleurs augmenter. Les lumières étaient entourées d'un halo. Elle avait par instants des maux de tête qui ne semblaient pas intimement liés à ses yeux et paraissaient dus à son tempérament nerveux. Elle avait de l'astignatisme hypermétropique bien corrigé par des verres pour la vision à distance et pour la vision rapprochée. Il n'y avait aucune insuffisance musculaire. Pendant les crises de douleurs, il n'y avait aucune augmentation de la tension intra-oculaire, il n'y avait ni excavation de la papille, ni pulsations artérielles, en somme aucun symptôme objectif de glaucome. L'auteur lui dit qu'elle n'avait pas de glaucome et il chercha une autre cause pour expliquer ses troubles oculaires. L'examen des urines montra la présence de cristaux d'azotate de chaux. Dans ce cas, il paraît suffisant de savoir, que les yeux n'avaient aucune lésion, mais l'amélioration de l'excrétion urinaire par le régime et par les médicaments fut suivie d'une amélioration marquée et rapide dans les troubles oculaires, de sorte qu'au bout de peu de temps cette femme redevenait apte à se servir de ses yeux.

Un autre cas est celui d'une femme amblyope d'un côté, devant l'autre œil elle portait un cylindre de 1,25 dioptrie incliné à 120° pour la vision à distance et un verre sphérique de 1 dioptrie surajouté au même cylindre pour la vision rapprochée. La malade se plaignait de douleurs, de vertiges, qui augmentaient lorsqu'elle fatiguait ses yeux. L'analyse de l'urine ne

montra ni sucre ni albumine. Il y avait peu d'urates et de même l'acide urique était en petite quantité. La quantité totale pour les vingt-quatre heures était de 700 grammes avec un poids spécifique de 1015 et 12 gr. 35 d'urée seulement. La faible proportion des urates attira l'attention sur l'état général et la malade fut renvoyée à son médecin qui lui donna de l'iodure de potassium, régularisa son régime et lui fit prendre de l'exercice au grand air; sous l'influence de ce régime les maux de tête et les vertiges disparurent et la malade put commencer à se servir facilement de ses yeux. A cette époque le cas fut regardé par le médecin de la famille comme une néphrite au début, cette opinion fut confirmée dix-huit mois plus tard lorsque des traces d'albumine furent trouvées dans l'urine. Il y avait alors un léger degré de rétinite, mais il n'y avait plus ni maux de tête ni vertiges et la malade pouvait facilement se servir de ses yeux.

Un troisième cas est celui d'un jeune homme de 23 ans, d'une bonne santé apparente, qui se plaignait de ne pouvoir se servir constamment de ses yeux sans en éprouver beaucoup de gêne. Il avait une hypermétropie légère avec astigmatisme de 0,75 dioptrie. Les muscles extrinsèques se comportaient normalement. Les verres donnaient quelque soulagement, mais sans faire disparaître les phénomènes oculaires. Des lotions et des frictions furent employées avec persévérance. Les plaintes du malade portèrent à faire un examen consciencieux des urines où l'on trouva par trois fois un grand excès d'acide urique. Le malade suivit un régime approprié, prit du salicylate de soude à la dose de 30 centigrammes trois fois par jour pendant deux semaines; on changea alors le traitement pour faire prendre de la lithine pendant deux mois. Ce traitement fit cesser l'irritation et l'hypérémie des paupières. Il permit de cesser l'usage des verres pendant le jour, pour ne les employer que le soir; tous les phénomènes de fatigue oculaire disparurent complètement.

Le 4e cas est celui d'une femme de 45 ans qui se plaignait de douleurs dans les yeux lorsqu'elle avait lu pendant peu de temps; lorsqu'elle essayait de coudre ou de lire le soir, cela lui était difficile et lui causait beaucoup de douleur. Il y avait une hypermétropie faible d'une demie dioptrie de chaque côté. Pour la vision rapprochée, la malade portait des verres + 1.50. L'accommodation était faible, mais l'équilibre des muscles extrinsèques était conservé. Le système nerveux était fortement atteint à la suite d'une longue période pendant laquelle la malade, nourrice, avait eu des inquiétudes et des ennuis. Le corps vitré était un peu nuageux, mais le fond de l'œil était normal. La malade prit pendant longtemps du fer sans en éprouver aucune amélioration. L'examen des urines montra un excès de phosphates. On lui conseilla de manger plus de viande et de prendre beaucoup d'exercice en plein air. On lui donna de l'acide phosphorique et des hypophosphites et on lui conseilla d'aller habiter une ville du nord. La malade accepta complètement ce programme de traitement et quand elle revint elle pouvait lire, écrire, se servir de ses yeux autant qu'elle le voulait sans ressentir la moindre gêne.

Ces quelques cas, d'après l'auteur, montrent l'importance des relations qui existent entre l'état général et les yeux; ils prouvent la nécessité de rechercher avec soin toutes les causes qui peuvent influer sur le fonctionnement des yeux. Dans la plupart des cas, il suffit de corriger les vices de réfraction lorsqu'il en existe, mais il y a d'autres cas où les vices de réfraction ne suffisent pas pour expliquer les phénomènes, et où il y quelque trouble dans la santé générale ou quelque anomalie dans les excrétions. A. Ch.

Nouveau procédé pour obtenir une eau potable dépourvue de germes, par le Dr Schumburg. (*Deutsche med. Zeit*, n° 23, 1897.). — Schumburg, au laboratoire de chimie et d'hygiène de l'Académie empereur Guillaume, à Berlin, a vérifié toutes les méthodes préconisées pour purifier l'eau soit par précipitation, soit par l'action bactéricide des agents chimiques. Dans presque aucun cas il n'a pu obtenir rapidement une eau potable et agréable. Il n'est pas difficile, il est vrai, d'obtenir une eau dépourvue de germes, mais on ne réussit presque jamais à enlever de l'eau l'agent qui a servi à sa désinfection, à la rendre inoffensive ou imperceptible. Il a cependant pu au bout de près d'une année de recherches quotidiennes obtenir un résultat. En cinq minutes il a réussi à détruire presque toutes les bactéries de l'eau et tous les germes pathogènes par l'eau bromée qui est rendue inoffensive cinq minutes après par l'addition d'ammoniaque, de manière à avoir une eau claire et sans goût. Pendant l'action de l'ammoniaque avec le brome, il se forme un hypobromure d'ammonium et du bromure d'ammonium qui naît du précédent.

La quantité de brome à employer est très faible il suffit d'en mettre 6 centigrammes dans un litre d'eau. Schumburg emploie le brome sous forme d'une solution de bromure de potassium bromé (analogue à la solution de Lugol) dans la proportion suivante : brome, 20; bromure de potassium, 20; eau, 100; 0 cc. 2 de cette solution suffisent pour stériliser en cinq minutes 1 litre d'eau de la Sprée. Quelques rares bactéries fortement aérobies, mais inoffensives, résistent à ce mode d'emploie du brome. Les eaux de rivière et de marais très impures méritent une certaine attention. Dans les premières les sels calcaires, dans les secondes l'ammoniaque s'emparent d'une partie de brome avant que ce dernier ait pu exercer une action désinfectante. Dans les expériences de désinfection, il est bon pour la même raison de mélanger à l'eau à examiner au lieu de culture dans ce bouillon des cultures sur de l'agar dans l'eau. Il est nécessaire d'ajouter à ces eaux assez de brome pour obtenir une légère coloration jaune persistant pendant une demi-minute.

Pour enlever les 0 cc. 2 de la solution de brome, on sert d'une égale quantité d'une solution d'ammoque à 9 p. 100. Il est nécessaire que les solutions ent bien titrées, afin que l'excès de l'une ou de utre n'aient pas un goût désagréable. Le goût de au ainsi traitée diffère à peine de celui de l'eau dinaire, la limpidité subsiste; quant à la quantité de omure dissoute dans l'eau, elle est assez faible 15 centigramme par litre pour n'avoir aucune action r le goût et l'organisme. Avec 1 kil. de bromure dont prix est de 6 à 8 fr. on peut stériliser 16.000 litres d'eau. s résultats qui ont été obtenus sur l'eau de la Sprée i contient une quantité énorme de germes pathogènes, ctéries du choléra, du typhus, etc. font espérer que au bromée sera très utile pour désinfecter l'eau dans s pays chauds, sur les navires et pendant les épidéies.

L. J.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 juillet 1897. — Présidence de M. A. Chatin.

De l'intoxication par la sueur de l'homme sain. L. Arloing. Aujourd'hui, on admet généralement la oxicité de la sueur éliminée au cours d'une infection; ais celle de la sueur de l'homme sain est très contestée, n dépit de l'opinion des anciens médecins attribuant à la crétion sudorale une action franchement dépurative.

La question ne pouvait être tranchée qu'en injectant, ans le sang d'animaux convenablement choisis, de la ueur sécrétée par des hommes sains. Probablement en aison des difficultés que l'on éprouve à se procurer de la ueur, elle a été abordée par un très petit nombre d'expéimentateurs. A notre connaissance, Roehrig et Queirolo euls ont pratiqué des injections de sueur. Le premier, qui 'a fait qu'une seule injection sur le lapin, conclut à l'exisence de la toxicité; le second, qui a fait quatorze injeions, pense que la sueur des personnes saines n'élimine ucune substance toxique.

Nous avons cru qu'il était indispensable de reprendre l'étude de ce sujet. Nous avons obtenu les éléments de la sueur par des procédés divers, et de nombreux échantillons de sueur normale, grâce au concours de M. Berthe et de M. le Dr Sonrel. Nos expériences ont donc été fort variées.

De toutes ces expériences, nous avons conclu catégoriquement à la présence de matières toxiques dans la sueur de l'homme sain. Injectée dans le sang, la sueur entraîne la mort du chien à la dose moyenne de 15 cc. par kilogramme de poids vif; celle du lapin, à la dose de 25 cc., dans un délai de vingt-quatre à soixante-douze heures. Elle peut aussi tuer le cobaye, lorsqu'on l'introduit à dose suffisante dans le péritoine ou dans le tissu conjonctif sous cutané. En aucun cas, nous ne sommes encore parvenu à tuer les animaux sur le coup; les injections déterminent toujours une maladie d'une certaine durée.

La durée de la maladie, la gravité des symptômes, la dose de sueur nécessaire pour amener la mort varient avec les conditions dans lesquelles les glandes sudoripares ont fonctionné. Par exemple, la sueur sécrétée pendant un travail musculaire pénible possède une toxicité dépassant de 1/4 et même de 1/3 la toxicité habituelle. De plus, toutes choses étant égales d'ailleurs, les sueurs obtenues par un moyen artificiel de sudation présentent un minimum de toxicité (voir *Comptes rendus de la Société de Biologie*, séances du 19 décembre 1896 et du 29 mai 1897).

La toxicité de la sueur normale étant établie, nous tenons à faire connaître les caractères de l'empoisonnement, en prenant pour type de cette description les troubles qui se manifestent sur le chien.

Règle générale, l'introduction des premières quantités de sueur dans la veine jugulaire provoque une vive agitation, suivie bientôt d'un effet sédatif remarquable, qui se prolonge jusqu'à la fin des injections. Le chien est plongé dans le calme le plus complet, les paupières mi-closes; on le croirait sous l'influence d'un hypnotique; mais il n'en est rien, car il se redresse vivement sur ses pattes dès qu'on lui rend la liberté.

Il ne tarde pas à être envahi par une profonde tristesse. Les tremblements agitent les principaux groupes musculaires. L'œil est larmoyant. A cette période, la température centrale s'élève notablement, et l'on note des désordres accusés du côté de l'appareil digestif, tels que vomissements répétés, alimentaires d'abord, bilieux ensuite, douleurs abdominales, expulsions diarrhéiques, épreintes, et parfois de légères hémorragies intestinales. La respiration est petite, accélérée. Les battements du cœur, très précipités au début, reprennent pendant quelques heures leur rythme ordinaire, puis s'accélèrent de nouveau et deviennent graduellement de plus en plus faibles. L'artère est molle, dépressible; le pouls est à peine perceptible. Les extrémités se refroidissent. L'animal devient indifférent à tout ce qui l'environne; sa prostration est extrême sa température centrale tombe au-dessous de la normale; enfin il succombe après avoir offert un tableau symptomatique qui rappelle singulièrement celui qu'entraîne l'administration de quelques toxines microbiennes.

Quand l'intoxication n'affecte pas le caractère suraigu, la maladie dure plusieurs jours. Les animaux présentent une amélioration au bout de vingt-quatre heures, amélioration éphémère à laquelle succède une fièvre modérée, de l'inappétence, un dépérissement profond, quelquefois une faiblesse de membres confinant à la paralysie. Dans ce cas, comme dans le précédent, le sujet succombe en hypothermie.

Si la dose de sueur injectée est moins forte ou le sujet plus résistant, deux cas peuvent se présenter: l'animal guérit complètement, ou bien il tombe insensiblement dans un état cachectique qui l'emporte en l'espace de quinze à trente jours.

Après ce tableau sommaire de l'intoxication par la sueur, nous tenons à revenir avec plus de détails sur les perturbations capitales. Dans cette note, nous parlerons des troubles imprimés à la circulation, que neus avons minutieusement étudiés à l'aide de la méthode graphique.

En arrivant dans le sang, la sueur produit des modifications dont l'intensité varie avec son degré de toxicité ou de concentration. Elles éclatent dix à vingt secondes après le début de l'injection.

Pendant que se manifestent de l'agitation, des cris en plaintes, le pouls devient subitement petit et accéléré: de 120 pulsations, il passe à 240 et 300 par minute, simulta-

nément, la pression artérielle s'élève, atteint parfois 200 mm. puis descend rapidement au voisinage de 70 mm. A voir la chute de la courbe et la petitesse du pouls, on craint pour la vie du sujet, d'autant mieux qu'elles coïncident habituellement avec une respiration irrégulière et superficielle. Chez certains animaux et avec certaines sueurs, ces troubles éclatent moins bruyamment; plus modérés, ils sont plus faciles à observer. Ils sont à leur maximum d'atténuation, lorsqu'on se sert de sueur dont la sécrétion a été artificiellement provoquée après un long repos.

Cette crise est faible ou nulle après les injections subséquentes. Une fois la crise terminée, la pression se relève graduellement, tout en restant au-dessous de la pression initiale ; le cœur se calme et reprend plus d'énergie; si bien qu'une heure ou une heure et demie après, la circulation n'est plus en rapport avec la gravité de la situation.

Mais si l'on abandonne l'animal à lui-même pendant huit à dix heures, et si l'on explore de nouveau le système artériel avec les appareils graphiques, on constate une chute considérable de la pression artérielle, l'accélération et la faiblesse du pouls. Ainsi, dans une expérience, la pression mesurait 176 mm. de mercure et le pouls était à 96 avant toute injection ; une heure et demie après l'introduction du poison, la pression était descendue à 160 mm. et le pouls s'était élevé à 120; neuf heures plus tard, la pression était à 110 mm. et le pouls à 156. Cette modification considérable de la pression, du pouls et du cœur, coïncide avec la phase de prostration et avec l'établissement d'une vive inflammation et d'une abondante exhalation séro-sanguinolente sur la muqueuse gastro-intestinale, plutôt qu'avec un phénomène vaso-dilatateur général.

Au plus fort des troubles circulatoires, au moment où le pouls est le plus accéléré, nous avons constaté que l'excitabilité des nerfs modérateurs du cœur est intacte. Le poison sudoral a donc agi principalement sur les centres excito-cardiaques et sur la fibre myocardique.

Dans une prochaine Note, nous examinerons les troubles subis par d'autres grandes fonctions.

M. Berthelot rappelle qu'on lit ce qui suit dans l'Ouvrage intitulé : *Mappæ clavicula* (recette 265), Recueil de recettes antiques :

Sudorem equi, quem in dextera parte inter coxas habuerit, sume, et intinge sagittam. Hoc expertum est utiliter.

Prenez la sueur du cheval, à droite, entre les côtes ; trempez-y une flèche. Ce procédé a été essayé avec succès.

Peut-être est-il quelque intérêt de rapprocher ce vieux texte des expériences de M. Arloing.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 août 1897. — Présidence de M. Caventou.

La correspondance comprend 1° une lettre de M. le Dr Petit (de Menton), qui se porte candidat au titre de correspondant national dans la division de médecine.

Mort de M. Gros. — M. le président annonce la mort de M. le Dr Gros, d'Alger, correspondant national dans la 1re division.

Traitement chirurgical du goitre exophtalmique. — M. Péan. La discussion qui a eu lieu dans la dernière séance de l'Académie montre, d'une part, qu'un certain nombre de chirurgiens seraient disposés à abandonner la thyroïdectomie chez les malades affectés de goitre exophtalmique parce qu'elle est dangereuse et que l'exothyropexie elle-même, qu'ils avaient proposée pour la remplacer est loin d'être bénigne. C'est même pour ce motif que Poncet et Jaboulay, dans leur ardent désir de guérir ces malades, ont proposé de recourir à un nouveau mode de traitement, la section ou la résection du sympathique cervical. D'autre part, un jeune chirurgien croit avoir découvert que la thyroïdectomie est une opération peu dangereuse quand on fait le pincement temporaire des vaisseaux ou quand on les lie à la suite, et qu'elle donne des résultats favorables. Il se serait évité la peine de faire une découverte aussi tardive s'il avait tenu compte de nos travaux et de ceux que nos élèves ont publiés sur ce sujet depuis de longues années.

La divergence d'opinion de ces auteurs provient sans doute de ce que les malades affectés de goitre exophtalmique ne se présentent pas toujours au chirurgien dans les mêmes conditions. Chez les uns, la maladie de Basedow est légère, récente, peu accusée, facilement curable par les moyens médicaux ; chez les autres elle est tellement grave, malgré le traitement médical le plus rationnel, qu'il n'est plus possible de songer à intervenir par les moyens chirurgicaux. Chez d'autres enfin les cas sont intermédiaires.

Dans le premier cas il ne faut pas agir avant que le médecin ait mis en jeu tous les moyens thérapeutiques dont il dispose. Nous ne saurions trop blâmer l'opérateur qui, en pareil cas, interviendrait sans avoir eu recours aux lumières d'un médecin expérimenté.

Dans le second cas, si l'état général est trop mauvais et si les forces du malade sont trop affaiblies, le chirurgien ne peut plus intervenir parce qu'il est appelé trop tardivement. Ces cas graves sont exceptionnels, il est vrai, mais ils prouvent que parfois la médecine est impuissante et que l'intervention chirurgicale doit avoir lieu sans trop attendre. C'est ce qui explique le nombre considérable de thyroïdectomies qui ont été faites en France et à l'étranger, depuis une trentaine d'années, pour la maladie de Basedow.

Parmi les communications qui ont été faites à cette académie, il en est une de M. Tillaux qui a eu en 1880 un légitime retentissement. Avant, comme après cette époque, nous avons été conduit à faire la thyroïdectomie chez un grand nombre de sujets, la plupart appartenant au sexe féminin qui étaient affectés de la maladie de Basedow, dont l'existence était compromise, et que les médecins se déclaraient impuissants à guérir. Nous n'avons eu que des succès. Aussi avons-nous été surpris, en entendant dans ces dernières années Poncet proposer l'exothyropexie, et cette année même l'excision du sympathique pour remplacer la thyroïdectomie qui suivant lui, serait trop dangereuse.

Peut-être les insuccès qui ont été publiés par lui et par son élève Jaboulay tiennent-ils aux difficultés qu'ils ont rencontrées au cours de l'opération, ainsi que nous l'avons observé nous-même chez un assez grand nombre de malades dont la thyroïde avait un volume, des rapports ou des modifications de structure insolites.

Nous ignorons en effet quel danger on pourrait faire courir au malade, si la tumeur était médiane, petite et non en-

ımée. En pareil cas il est facile de la mettre à nu par
incision verticale, longue de 6 à 7 centimètres, de l'é-
léer, de l'attirer au dehors, de placer quelques-unes de
pinces autour des vaisseaux situés dans l'enveloppe
pre, de disséquer et d'exciser rapidement les lobes
ertrophiés. L'opération est exécutée en quelques mi-
es, sans perte de sang, surtout si le chirurgien sait uti-
r nos pinces non seulement pour l'hémostase mais
ore pour la rétraction. Il suffit ensuite de laisser les
ces en place pendant quelques minutes sur les vais-
ux divisés, pour qu'il soit inutile de les remplacer par
ligatures. Quant à la plaie préliminaire, elle est fermée
catgut. Le lendemain de l'opération les malades se
ent et, trois jours après, il peuvent retourner chez eux,
s ont été opérés à l'hôpital.

Lorsque le goître est volumineux, plongeant, ce qui ar-
e surtout lorsqu'il est de date ancienne; ou bien s'il a
modifié par la suppuration, ou bien si cette suppura-
n a été produite par des injections interstitielles faites
as un but curatif, comme cela est trop fréquent; si cette
ppuration est à la fois centrale et périphérique; à plus
te raison si elle a déterminé des adhérences fâcheuses
ec les organes voisins; ou bien encore si le tissu du
itre exophtalmique est kystique, aréolaire, trop dur ou
p friable, l'opération pour être plus laborieuse n'exige
s beaucoup plus de temps et n'est pas plus dangereuse,
elle est exécutée suivant les règles que nous avons po-
es. Il nous a toujours suffi d'une seule incision médiane,
rticale, plus ou moins longue, pour mettre la tumeur à
et pour l'enlever. Toutefois en pareil cas il serait témé-
ire, pour gagner quelques minutes, le malade étant anes-
ésié, de chercher à enlever la tumeur sans recourir à
s méthodes de pincement des vaisseaux et du morcelle-
ent, d'autant plus que toute perte de sang inutile entraî-
erait la mort chez des malades trop épuisés, et que l'ar-
vée subite du sang dans le champ opératoire masque
une façon fâcheuse les rapports de la glande avec les or-
ınes importants qui l'entourent. Il importe d'autant plus
prendre ces précautions qu'il n'est pas rare au cours de
thyroïdectomie de voir se produire des accidents d'as-
yxie dus à la compression de la trachée et à l'hypersé-
étion des liquides laryngés et trachéaux. Tous les chirur-
ens ont signalé les dangers de cette complication; nous
n avons toujours eu raison en suspendant l'opération, en
isant asseoir le malade pendant quelques minutes et en
xtrayant avec une éponge montée les mucosités laryngo-
achéales dues au voisinage de la tumeur.

Ces méthodes seules permettent d'enlever rapidement les
ımeurs les plus volumineuses, les plus malignes de la
ayroïde, et de supprimer presque toutes les ligatures, qui,
algré les précautions prises, peuvent ne pas être asepti-
ues.

Nous sommes d'autant plus heureux des résultats que les
hirurgiens obtiennent aujourd'hui, que nous ne pouvons
ublier l'époque ou Roux, Nélaton et Maisonneuve prati-
uaient devant nous ces sortes d'opérations. Ces chirur-
iens de la plus haute valeur brillaient par la rapidité de
exécution, et n'avaient d'autres ressources, dans les cas
raves, que l'anesthésie et la ligature des vaisseaux. La pré-
ence continue du sang dans le champ opératoire et la
erte de ce liquide, pendant le temps nécessaire aux liga-
ures, était un obstacle sérieux au succès, surtout lorsque
es malades leur étaient adressés si tardivement qu'une hémorrhagie de 100 à 200 grammes suffisait à tout compromettre. Aussi ces chirurgiens hésitaient-ils souvent à pratiquer ces opérations.

Nous ne nous attarderons pas à citer les statistiques des chirurgiens de tous les pays qui prouvent que non seulement la thyroïdectomie n'est pas dangereuse, mais encore qu'elle peut donner des guérisons durables dans la maladie de Basedow. Ces résultats sont conformes à ceux de notre pratique. Nous avons pensé, lorsque notre confrère et ami Poncet proposait de remplacer cette opération par d'autres méthodes opératoires, qu'il avait surtout pour but de prévenir le myxœdème, lequel, au dire de plusieurs chirurgiens, serait fréquent dans leurs contrées. Or il est digne de remarque que, malgré le nombre considérable de malades de la ville et de l'hôpital auxquels nous avons enlevé la thyoïde en totalité, c'est à peine si nous avons noté deux ou trois fois cet accident, et que celui-ci a disparu spontanément après quelques mois ou quelques années sans laisser de traces. Cela prouve tout au moins que la nature du goître et du myxœdème varie suivant le pays où ils se développent et qu'ils sont propres à certaines races.

Nous n'avons eu qu'une fois l'occasion de faire la résection du sympathique cervical dans un cas analogue. Il s'agissait d'un épileptique que nous opérâmes il y a trois ans; à la suite de vives émotions, il avait contracté un goître exophtalmique. En réséquant le sympathique, nous avions pour but, moins de faire disparaître la maladie de Basedow, que de guérir l'épilepsie concomitante. Il est vrai que, grâce à cette opération, qui comme l'a dit avec raison Jaboulay, est sans danger, nous obtînmes une amélioration notable des deux malades. Malheureusement le succès ne fut pas durable, ce qui m'empêcha de faire dans ce sens de nouvelles tentatives.

Pour nous résumer nous dirons :

1° Que la maladie de Basedow n'est pas toujours curable par les moyens médicaux;

2° Que la thyroïdectomie, ne doit être appliquée que dans les cas ou ces moyens échouent et qu'elle doit être pratiquée avant que la maladie de Basedow ait épuisé les forces au point de compromettre l'existence;

3° Que cette opération est facile lorsque le goître est petit, non enflammé, facilement énucléable, peu vasculaire;

4° Que dans ces cas simples, quelques minutes suffisent pour enlever la tumeur par une incision petite, médiane, verticale, l'énucléer et l'exciser, sans qu'il soit nécessaire de lier les vaisseaux, si l'on se sert de nos pinces qui servent à la fois à l'hémostase et à la rétraction;

5° Que dans les cas compliqués de friabilité du tissu, de suppuration des lobes, de suppuration extra-lobaire, de kystes aréolaires nombreux, volumineux, d'adhérences anciennes, résistantes; une seule incision médiane suffit encore pour enlever le goître; mais qu'il faut, pour abréger la durée de l'opération, pour ne pas exposer les malades affaiblis à une perte de sang inutile et dangereuse, et pour ne pas léser les organes voisins, recourir au pincement des vaisseaux et au morcellement de la tumeur pendant l'opération;

6° Que même dans les cas graves, la thyroïdectomie est une opération d'une exécution facile et sans danger;

7° Que les chirurgiens ne comptent plus, tant ils sont nombreux, les cas où elle a donné des guérisons durables;

8° Que le myxœdème qu'on observe parfois à la suite est rare et passager ;

9° Enfin que l'exothyropexie, de même que la section du sympathique cervical, dont l'exécution est facile, n'ont pas encore donné un assez grand nombre de guérisons pour qu'elles puissent être opposés avantageusement à la thyroïdectomie.

La cure radicale de la hernie et ses conditions de solidité. — M. J. Lucas-Championnière. Lorsqu'il y a seize ans M. Championnière a voulu reprendre scientifiquement la défense de la cure radicale de la hernie, il fut d'abord si mal accueilli que le mot même de *cure radicale* fut écarté pour celui de *cure opératoire* sous prétexte que s'il existait une possibilité de retour de la hernie la cure ne pouvait être radicale.

Aujourd'hui que l'opération de la cure radicale est admise on a plutôt une tendance à lui accorder trop d'indulgence. On admet trop volontiers comme bonnes des interventions opératoires qui sont trop superficielles, trop peu sérieuses, on préconise des actions qui sont manifestement trop imparfaites pour donner un résultat serieux. La pratique courante de la cure radicale, en faisant mieux connaître les conditions de résistance et les défectuosités des difformes permet de juger sainement de leur valeur. M. Championnière affirme que l'expérience apprend que l'on peut aisément différencier les interventions susceptibles de guérir et celles qui ne peuvent que masquer la hernie. Les premières sont difficiles, laborieuses ou longues. Les dernières sont très communes.

C'est en se fondant sur l'expérience de six-cent-cinquante-deux opérations que M. Championnière expose les faits qu'il a observés. Non seulement on a prétendu guérir la hernie par des opérations superficielles et rapides, mais on a présenté des cures radicales sans opération. M. Lannelongue a exposé une méthode d'injection au devant du sac herniaire faite avec du chlorure de zinc. C'est là le cas de signaler les interventions qui masquent la hernie. Quels que soient les résultats apparents, il est matériellement impossible qu'on obtienne de la sorte la cure radicale.

Tous les chirurgiens qui se sont occupés de la cure radicale savent que toutes les opérations qui laissent subsister l'infundibuilum herniaire, toutes celles qui ne réparent pas la paroi par un artifice quelconque sont des opérations sans valeur. Même si on accorde aux injections une action réelle, il est évident qu'elles ne peuvent rien ni sur l'infundibulum séreux de la hernie, ni sur les parties profondes de la paroi.

En outre la seule observation des faits de M. Lannelongue apprend que les accidents post opératoires sont beaucoup plus graves que ceux que l'on observe après la véritable cure radicale. Il existe de la douleur, du gonflement, de l'élévation de température et la pratique même de l'injection exige la chloroformisation. Ajoutez à celà une action aveugle et il sera évident pour tout homme compétent en matière de cure radicale que cette intervention est à la fois inefficace et beaucoup plus dangereuse qu'une bonne opération.

M. Championnière apporte un tableau de : 650 hernies opérées ; 556 hernies inguinales, 507 hommes, 49 femmes ; 46 hernies crurales, 13 hommes, 33 femmes ; 22 hernies ombilicales toutes chez des femmes ; 14 hernies épigastriques toutes chez des hommes ; 12 éventrations, 2 hommes, 10 femmes.

Sur des chiffres aussi considérables il devient impossibl de vérifier la totalité des résultats. On ne revoit les malade guéris que par hasard. On retrouve assez facilement les ca de récidive.

Au début de sa pratique M. Championnière à fait porte des bandages aux opérés. Cela n'a pas été fait pour plu d'une vingtaine de cas et depuis il n'a jamais fait porte de bandage que pour des cas très rares et suivant une in dication spéciale tenant à la nature de la hernie du gro intestin.

Plus de 100 observations bien suivies ont pu montrer l persistance de la cure radicale chez des sujets exerçant le professions les plus variées.

Ces résultats sont d'autant plus satisfaisants qu'ils ren ferment un grand nombre de cas qui étaient franchemen mauvais et qu'en faisant une sélection des cas ou en obte nant des opérés plus de mesure dans leurs mouvements o obtiendrait mieux encore.

M. Championnière montre du reste qu'après l'opération en examinant la qualité et l'étendue de la cicatrice on pe prévoir en quelque sorte les chances de retour. Ces chance sont presque nulles si on a pu accomplir les temps de l'o pération.

L'engraissement a paru à M. Championnière la cause l plus commune et la plus grave de la récidive. Parmi les ca de clientèle non hospitalière, ce sont les seuls cas de la sta tistique. Deux jeunes gens, un étudiant en droit et un étu diant en médecine, ont fait en quelques mois un engraiss ment extraordinaire. Le premier a récidivé en six mois, second seulement au bout de cinq ans. M. Championnièr a réopéré l'un d'eux et a trouvé la paroi dans un état d'in filtration graisseuse lamentable. M. Championnière pens que l'engraissement devrait être surveillé de très près ch ces sortes d'opérés et qu'il y aurait lieu de faire faire à to les opérés une gymnastique méthodique. L'usage de bicyclette peut leur rendre les plus grands services.

La mortalité de cette opération existe. Aucune opérati ne saurait être exempte et les séries peuvent trompe M. Championnière a eu une série de 265 cas sans mort a cune, il pense donc avoir le droit de le dire.

Après ces quatre cas de hernie inguinale, un cas de he nie épigastrique.

On ne peut admettre que 0,70 p. 100 représente les cha ces de mortalité auxquelles on expose un opéré de cure r dicale. Ces chances sont encore infiniment moins dang reuses. M. Championnière estime que si on prend un suj jeune, au-dessous de la quarantaine, exempt de toute ta organique, les chances de mort peuvent être abaissé peut-être au-dessous de 0,20 p. 100, soit un sur cinq cen peut-être au-dessous encore. Mais ce résultat ne peut êt obtenu qu'à l'aide de soins très méticuleux.

Il n'y a de cure radicale possible que par une opérati très étendue modifiant la paroi et le contenu de la her d'une façon très complète. Plus l'opération devient complè et hardie, meilleurs sont les résultats.

Il faut rejeter carrément toutes les petites opératio toutes les opérations rapides et superficielles, tous les p tits moyens qui ne sont petits, du reste, que par leurs r sultats. Les injections en particulier sont douloureus plus dangereuses et certainement inefficaces. Une ouv ture herniaire suffirait à convaincre les plus prévenus.

Les temps indispensables de l'opération de M. Champio nière sont les suivants : ouverture large de la hernie jusq

l'abdomen, de façon à voir et à réparer le plus haut ble. Excision de tout épiploon accessible. Destruction c et de son infundibulum supérieur, éloignement de epli péritonéal de la région herniaire, réparation des s par *croisement* et *réunion* par juxtaposition simple on à doubler la paroi de toute la région. Fermeture drainage.

peut arriver à une réparation presque mathématique paroi. Mais ce ne sera jamais que par une opération délicate et très complète.

pport sur la vaccine. — M. Hervieux communique à démie son rapport officiel sur les vaccinations prati- en 1896. Il étudie la question de la variole dans les ies françaises, question qu'il considère comme ayant uble intérêt, d'abord au point de vue hygiénique, en id lieu au point de vue de la prospérité coloniale. Au de vue hygiénique, il est facile de comprendre que la ession ininterrompue des endémies et des épidémies liques dans chacune de ces colonies est une cause de pulation, en second lieu que cette permanence de la le dans un pays quel qu'il soit est un obstacle aux ations commerciales et nuit par conséquent à sa pros- é.

elle est la cause qui propage et entretient ainsi dans s nos colonies le fléau variolique, c'est un autre fléau moins redoutable, celui de la variolisation. Il y a 2 s de variolisation : la première, la plus ancienne, celle prêche et défend le fanatisme musulman, c'est l'inocu- n variolique qui domine et sévit en Tunisie, en Algé- au Sénégal, en Cochinchine et au Tonkin ; l'autre, la olisation par contagion que pratiquent les noirs dans les de Nossi-Bé et de la Réunion, pratiques funestes xpliquent pourquoi, contrairement à ce qui se passe les autres contrées du globe, la variole ne se lasse ja- de décimer les populations dans nos colonies. A cette e perpétuelle des désastres dus à la variole, il faut dre la défiance naturelle des indigènes pour tout ce qui est proposé par nos compatriotes. La répulsion pour accine, que les Arabes nomment *djedri l'heylek*, la va- du gouvernement et que les noirs nomment la *tisane blancs*; la croyance invétérée que la variole est une adie nécessaire, inévitable, puis l'apathie naturelle à les habitants de nos colonies. Pour combattre efficace- ent ces dispositions ainsi que la variolisation, M. Her- ux avec tous les médecins militaires est d'avis qu'il riste qu'un seul remède : la vaccine obligatoire.

5 heures 10 minutes la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 *juillet* 1897. — *Présidence de* M. Debove.

Un nouveau signe de la névralgie phrénique. — André Jousset. La phrénalgie est très fréquente au cours la tuberculose pulmonaire à ses différents stades. On la ncontre chez le quart environ des tuberculeux ; si les s typiques sont peu nombreux, les cas frustes se ren- ntrent fréquemment, mais il faut savoir les rechercher. Au cours de ses recherches, l'auteur a été amené aux nclusions suivantes :

1° Fréquence du point épigastrique de Gueneau de Mussy ;

2° Inconstance du point scalénique ;

3° Existence d'un nouveau point, constant, précis, situé sur la ligne médiane du sternum au niveau des cinquième ou quatrième articulations chondro-sternales. Ce point douloureux ne doit pas être confondu avec la douleur diffuse rétro-sternale signalée par Peter dans les affections chroniques de l'aorte. La constatation de ce point douloureux permet d'affirmer que le phrénique est en cause, ce qu'il peut être important de savoir quand une douleur est constatée, douleur qu'on hésite à attribuer au diaphragme, à la vésicule, à l'estomac, à la paroi ou aux nerfs intercostaux.

Étude sur trois cas de cancer succédant à l'ulcère de l'estomac. — M. Albert Mathieu. La transformation de l'ulcère en cancer n'est pas très rare. Les auteurs allemands qui se sont beaucoup occupés de la question admettent que cette succession a lieu les uns 4 fois, les autres 9 et même 20 fois sur 100. La question a été relativement peu étudiée en France ; on peut cependant citer un travail important sur le sujet, la thèse de Pignal (Lyon 1891).

M. Albert Mathieu rapporte 3 observations dans lesquelles le diagnostic de cancer succédant à l'ulcère a pu être fait pendant la vie, dans lesquelles la nécropsie et l'étude histologique ont confirmé ce diagnostic.

Dans la première, il semble y avoir eu une première phase d'hyperchlorhydrie douloureuse vingt-quatre ans avant la mort. Dix ans avant sont apparus des signes non équivoques d'ulcère simple. Le diagnostic du cancer n'a été fait que par la laparotomie. Il y avait une hyperchlorhydrie mais pas de dilatation de l'estomac, peu ou pas de stase.

Dans le second cas, les phénomènes d'ulcère simple ont précédé de dix ans l'époque de la mort. L'existence de l'acanthosis nigricans et d'une adénopathie sus-claviculaire gauche permit de faire le diagnostic de cancer près de deux ans avant la mort.

Dans le troisième cas l'ulcère a précédé le cancer de près de deux ans.

A l'autopsie la nature cancéreuse des lésions était rendue évidente par l'existence soit de noyaux cancéreux dans le foie, soit d'une adénopathie cancéreuse du mésentère.

Dans tous les cas on retrouvait au centre des lésions cancéreuses la trace de l'ulcus primitif. Une fois même l'ulcère avait conservé tous les caractères extérieurs de l'ulcère simple chronique, mais il y avait infiltration épithéliomateuse et épaississement marqué des tuniques musculaires de l'estomac. Il s'agissait d'un épithélioma cylindrique développé sans doute aux dépens du goulot des glandes hypertrophiées.

Dans les deux autres cas c'était de l'épithélioma métatypique, autrement dit du carcinome.

Au point de vue clinique le cancer succédant à l'ulcère est caractérisé par la longue durée totale de la maladie et par l'existence d'une première phase dans laquelle on reconnaît les symptômes de l'hyperchlohydrie et de l'ulcère. L'hyperchlorhydrie peut persister longtemps après que la lésion cancéreuse a débuté. Elle s'explique par la persistance des cellules bordantes dans les tubes glandulaires.

Au point de vue anatomo-pathologique, on peut reconnaître le plus souvent les limites de l'ulcère primitif et on voit que le cancer prend naissance au pourtour de l'ulcéra-

tion aux dépens des éléments glandulaires de la muqueuse.

Du mouvement associé de flexion de la cuisse dans l'hémiplégie organique. — M. Babinski. J'ai observé sur un grand nombre de malades atteints d'hémiplégie organique une variété particulière de mouvement associé qui n'a pas été signalée jusqu'à présent et dont voici la description. Lorsque le malade étendu sur un plan résistant plus ou moins horizontal, sur un plancher par exemple, dans le décubitus dorsal, les bras croisés sur la poitrine, fait un effort pour se mettre sur son séant, du côté paralysé la cuisse exécute un mouvement de flexion sur le bassin et le talon se détache du sol, tandis que du côté opposé le membre inférieur reste immobile ou que la flexion de la cuisse et le soulèvement du talon n'apparaissent que plus tardivement et sont bien moins marqués qu'au membre atteint de paralysie.

Le mouvement que je viens de décrire se reproduit quand, après s'être mis sur son séant, les bras toujours croisés sur la poitrine, le malade porte le tronc en arrière pour reprendre la position primitive. J'appelle ce phénomène *mouvement associé de flexion de la cuisse*.

Quel est le mécanisme de ce mouvement? Pour comprendre l'interprétation que je propose il faut d'abord analyser l'acte qui consiste à se mettre sur son séant. Le mouvement essentiel de cet acte est l'inclinaison en avant du bassin et de la colonne vertébrale, mais cette inclinaison ne peut s'opérer d'une façon normale que si les fémurs ont été préalablement immobilisés. En effet si l'on réfléchit au mode d'action du psoas iliaque qui, suivant qu'il prend son point d'appui à son insertion supérieure ou à son insertion inférieure, fléchit la cuisse sur le bassin ou bien incline en avant le bassin et la colonne vertébrale, on conçoit qu'un défaut d'immobilisation de la cuisse dans l'acte en question doive entraver l'inclinaison du tronc en avant et entraîner une flexion de la cuisse sur le bassin. Cette immobilisation de la cuisse est obtenue par la mise en activité des muscles qui étendent la cuisse sur le bassin.

Je suppose que c'est la parésie de ces muscles qui provoque dans l'hémiplégie le mouvement associé de flexion de la cuisse.

Il est facile de concevoir pourquoi le mouvement de flexion de la cuisse se reproduit lorsque le malade, après s'être mis sur son séant, cherche à reprendre la position primitive. Ce serait en effet une erreur de croire que, dans cet acte, le sujet fait simplement contracter les muscles qui inclinent le tronc en arrière. S'il en était ainsi, la partie supérieure du tronc entraînée par la pesanteur viendrait se heurter brutalement contre le sol. L'extension du tronc doit être modérée par la contraction des fléchisseurs, qui ne se relâchent que progressivement et cette contraction, pour être efficace, nécessite une immobilisation préalable de la cuisse. Les conditions sont donc semblables de part et d'autre. Ce qui me pousserait encore à admettre que cette interprétation est juste, c'est que j'ai observé le mouvement associé de flexion de la cuisse dans deux cas de sciatique, où les muscles extenseurs de la cuisse sur le bassin étaient atrophiés.

Ce mouvement associé peut-il se produire aussi dans l'hémiplégie hystérique? Je ne me crois pas encore en mesure de répondre à cette question d'une manière catégorique. Je puis dire, toutefois, que je n'ai encore constaté ce phénomène dans aucun cas d'hémiplégie franchement hystérique et que ce signe constitue tout au moins une probabi pour le diagnostic d'hémiplégie organique. Il me pa avoir à cet égard une valeur comparable à celle de d autres signes que j'ai observés dans l'hémiplégie organi et que j'ai décrits, le phénomène des orteils et le relâc ment des muscles.

Mouvement spasmodique associé du peaucier du c dans l'hémiplégie organique. — M. Babinski. Je prése un malade atteint d'hémiplégie organique chez qui observe, quand il ouvre la bouche, une contraction sp modique du peaucier du cou du côté sain.

Ce phénomène n'est du reste pas exceptionnel dans l miplégie organique; je l'ai constaté chez beaucoup sujets, mais il est plus ou moins prononcé suivant les c

Élimination du bleu de méthylène par l'urine. MM. Achard et Castaigne. Le bleu de méthylène s'élim par l'urine, non seulement à l'état de bleu en nature, m aussi à l'état de chromogène incolore, facile à reconnai grâce à la coloration verte qu'il engendre lorsqu'on chau l'urine avec de l'acide acétique. A l'état normal, ce chr mogène est associé au bleu en nature, mais, dans certain circonstances pathologiques, il peut se trouver dans l'uri à l'état isolé, au moins à certaines périodes de l'élimi tion, et même son passage à travers le rein peut se fai d'une façon parfaite, sans aucun retard, alors que celui bleu est profondément troublé : l'élimination est, en qu que sorte, *dissociée*.

Cet état, dans lequel le passage du bleu est seul retard celui du chromogène restant normal, paraît correspondr un trouble rénal. Nous avons déjà cité quelques faits l'appui de cette opinion, et depuis nous en avons obser d'autres.

Cet état particulier d'élimination dissociée s'est renco tré d'une façon temporaire chez un malade atteint troubles gastriques avec urticaire et albuminurie, et ch un sujet atteint d'angine grave, ayant des staphylocoqu dans le sang et en éliminant par l'urine. Nous l'avons obser plusieurs fois chez des sujets ayant primitivement une pe méabilité régulière et chez qui survenaient des signes de n phrite aiguë. Dans une autopsie, nous n'avons pas trouvé lésions et il s'agissait probablement d'un simple troub fonctionnel. Mais dans cinq autres nous avons trouvé d lésions consistant surtout en une dégénérescence de l'ép thélium des tubuli et en une infiltration leucocytiqu abondante du tissu interstitiel. Nous avons même pu dan un de ces cas suivre ainsi le développement de la lésio rénale et observer trois phrases successives :

1° Perméabilité tout à fait normale ;

2° Perméabilité diminuée pour le bleu, mais conservé pour le chromogène, en même temps qu'apparaissaien l'œdème et l'albuminurie ;

3° Perméabilité diminuée, non seulement pour le bleu mais aussi pour le chromogène, en coïncidence avec l'ana sarque et la présence du sang et de cylindres dans l'urin enfin, vérification anatomique des lésions rénales.

Un dernier fait très démonstratif nous a été communiqu par M. Imbert : chez un malade paraissant atteint d'un tumeur rénale et chez qui le cathétérisme de l'uretèr permettait de recueillir séparément l'urine de chaque rei le rein sain élimina normalement le bleu, le rein malad élimina le bleu avec du retard, mais laissa passer le chr mogène dans le délai normal. Cet état particulier dépenda

ci de l'action du rein malade et ne pouvait être attri-
un trouble général de la nutrition facilitant la forma-
u chromogène.
losage du bleu et du chromogène montre aussi que,
un sujet dont la perméabilité est régulière, la quantité
eu est, dès le début, supérieure à celle du chromo-
Lorsque le chromogène s'élimine avant le bleu, il
arriver que, si l'on envisage la totalité de l'élimination,
u l'emporte en quantité sur le chromogène ; mais alors,
ximum du chromogène précède celui du bleu. Or, si
in fonctionnait bien et si l'élimination dissociée du
nogène dépendait seulement d'un trouble général de
trition, le maximum du chromogène devrait suivre
du bleu, puisque, à mesure que l'on s'éloigne du
t de l'épreuve, l'organisme a plus de temps pour trans-
er le bleu en chromogène.
somme, chez un sujet sain, les reins laissent passer
difficulté le bleu en nature, il ne se forme qu'une faible
tité de chromogène. Lorsque la perméabilité est altérée,
ination du bleu est retardée, et le chromogène, plus
sible, peut passer seul pendant un certain temps, et
quefois dans le délai normal, lorsque la perméabilité
que peu diminuée. Cette opinion, qui rattache à un
ble rénal l'élimination normale du chromogène avec
d pour le bleu seul, et qui en fait par conséquent une
rméabilité dissociée, a pour elle des preuves cliniques
natomiques. L'opinion qui la rattache à un trouble nu-
n'est encore qu'une hypothèse. On peut donc tirer
le pronostic quelques données de l'étude comparative
leu et du chromogène. Mais il importe plus que jamais,
ces cas, de renouveler l'épreuve, car ce mode particu-
le l'élimination dissociée est très souvent un état transi-
, simple trouble fonctionnel au cours d'une affection
é, la première étape d'une lésion rénale en voie d'évo-
n.
ous avons comparé à l'élimination du bleu celle de di-
es substances : iodure de potassium, chlorate de soude,
cyanure de potassium. Leur emploi nécessite des
tions spéciales ; l'iodure ne peut être employé en in-
ons sous-cutanées parce qu'il est trop irritant ; il faut
s le donner par la bouche et établir le rapport entre
mination salivaire supposée normale et l'élimination
naire, ce qui complique les recherches et expose à des
urs tenant à la dissolution du cachet dans la bouche,
régurgitations et aux vomissements.

yndrome de Morvan, syringomyélie et lèpre. — EANSELME. Chez les deux malades que je présente on peut stater le syndrome de Morvan ; chez le premier le dia-stic de lèpre est évident, chez le second il est moins tain, mais je crois pourtant que c'est là une forme attéie de la même infection. Ces deux malades ont habité pays ou la lèpre existe.

n regard de ces cas de lèpre à panaris multiples, je pla-ai les nombreux cas de syringomyélie du type Morvan j'ai recueillis en Bretagne et cette comparaison me met de tirer les conclusions suivantes :

ans la *syringomyélie*, type Morvan, les panaris sont très vent circonscrits aux extrémités supérieures, parfois me à une seule main ; l'anesthésie revêt la forme vesti-ntaire, la paralysie faciale est rare et d'origine centrale, nerfs cubitaux sont normaux, ou, du moins, peu ampli-s et jamais noueux, les réflexes sont manifestement exa-rés et la scoliose est très fréquente.

Dans la *lèpre mutilante*, les panaris affectent indifféremment les doigts et les orteils ; l'anesthésie, d'abord rubanée, ne devient segmentaire que dans la suite ; elle est distribuée aux quatre membres et respecte en partie la face et le tronc ; la paralysie faciale est fréquente et d'origine périphérique ; les nerfs cubitaux sont fusiformes ou noueux, les réflexes normaux ou abolis et la scoliose n'existe jamais.

Parmi les caractères différentiels, je n'ai pas fait intervenir la dissociation de la sensibilité. Car, dans la syringomyélie du type Morvan, le tact m'a paru presque toujours compromis, quoique à un degré moins prononcé que les sensibilités thermiques et douloureuses.

Je n'insiste pas non plus sur l'indolence des suppurations, beaucoup de panaris, qu'ils ressortissent à la lèpre ou à la syringomyélie, étant fort douloureux.

Enfin je ne fais pas entrer en ligne de compte le séjour dans un pays à lèpre ; cette notion étiologique ne doit servir que d'appoint au diagnostic.

Après un examen attentif, il reste un certain nombre de cas qui n'entrent pas franchement dans l'une des deux catégories précédentes. J'ai pu observer en Bretagne des cas où le diagnostic est resté incertain et qu'il serait imprudent de placer soit dans le cadre de la syringomyélie, soit dans celui de la lèpre, bien que ce soit à cette dernière qu'ils se rapportent le plus.

En somme, dans la partie de la Bretagne que j'ai visitée (littoral des Côtes-du-Nord et du Finistère, depuis Morlaix jusqu'à Lesneven) la syringomyélie du type Morvan est très fréquente. Quant à la lèpre dans cette région elle me semble problématique.

Je ne connais qu'un cas incontestable de lèpre autochtone en Bretagne, c'est celui d'un malade hospitalisé à Saint-Louis dans le service de M. Tenneson. Il est né près de Paimpol, dans un port qui arme aussi pour l'Islande où la lèpre est encore en activité. J'avais d'abord pensé que ce cas était peut-être d'importation étrangère, mais l'enquête que j'ai faite sur les lieux ne m'a pas permis de vérifier cette hypothèse.

VARIÉTÉS

Les maladies épidémiques et le secret professionnel médical.

D'après l'article 378 du Code pénal, les médecins, chirurgiens *et autres personnes*, dépositaires par état ou profession des secrets qu'on leur confie, ne peuvent révéler ces secrets sous peine d'un emprisonnement ou d'une amende.

Dans l'intérêt de l'hygiène publique, la loi du 30 novembre 1892 a relevé le médecin du secret professionnel en l'obligeant même à dénoncer à l'autorité les maladies contagieuses, au nombre desquelles un règlement a classé la diphtérie, qui seraient constatées par lui dans l'exercice de sa profession ; mais elle lui a imposé certaines précautions à prendre pour l'envoi — au maire et au sous-préfet représentant l'autorité — de ces renseignements. C'est ainsi notamment que la désignation de la maladie ne doit être indiquée que par un numéro.

En octobre 1895, un médecin d'Arpajon, pour se conformer à la loi du 30 novembre 1892, adressa au maire de cette ville cinq bulletins indiquant, par leur numéro, qu'il avait constaté cinq cas de diphtérie sur différents enfants de sa clientèle. Quelques jours après, un conseiller municipal, sous le prétexte de savoir si la loi était exécutée et si, comme on le disait dans la ville, il y avait des cas de croup constatés, demanda au secrétaire de la mairie communication du bulletin envoyé par le médecin au maire, « voulant, ajoutait-il, l'interpeller à une prochaine séance ». La communication eut lieu en dehors du maire ; le conseiller municipal en profita pour critiquer le diagnostic du médecin qui avait adressé les cinq bulletins.

Alors sur la plainte de ce médecin, le secrétaire de la mairie fut poursuivi devant le tribunal correctionnel de Corbeil, sous la prévention de révélation des secrets dont il était dépositaire par état ou profession.

Devant ce tribunal, on soutint, dans l'intérêt du prévenu, qu'il n'était tenu à aucun secret, n'étant pas lié par un serment, qu'il n'était qu'employé sous les ordres du maire ; que les déclarations du médecin n'étaient pas secrètes, puisque, par la loi du 30 novembre 1892, il était relevé du secret professionnel. Le tribunal de Corbeil admit cette théorie et acquitta.

Sur l'appel du procureur de la République, l'affaire vint devant la cour de Paris, où l'on fit valoir, en outre, pour la défense du secrétaire, que le secrétaire de la mairie ne pouvait refuser les documents dont il s'agit à un conseiller municipal qui désirait interpeller le maire sur la question de savoir s'il y avait lieu de prendre des mesures de salubrité.

La cour de Paris, sans rechercher si le secrétaire de la mairie était tenu de garder le secret et si les déclarations des médecins faites en exécution de la loi devaient être tenues secrètes, admit ce dernier système et décida que cet employé auxiliaire du maire avait pu faire communication des bulletins à un conseiller municipal, en vue de l'interpellation qu'il avait annoncée.

Mais, le procureur général de la cour de Paris s'étant pourvu contre cet arrêt devant la Cour de cassation, celle-ci jugea que le secrétaire de la mairie, confident du maire, intermédiaire forcé entre le public et le maire, était dépositaire du secret par état ou profession, que le caractère secret des déclarations épidémiques n'était pas douteux ; que, par la loi du 30 novembre 1892, le secret du médecin avait été levé exceptionnellement dans l'intérêt supérieur de la santé publique ; mais que le texte et l'esprit de la loi concouraient à démontrer que le secret révélé par le médecin aux autorités dans des conditions déterminées reste un secret dont la divulgation à d'autres qu'à ces autorités est interdite.

Elle cassa donc l'arrêt de la cour de Paris et renvoya devant la cour de Rouen.

La cour de Rouen s'est rangée à l'opinion de la Cour de cassation. (*Le Temps.*)

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Sont nommés :

Au grade d'officier. — M. le professeur Le Dentu ; M. le Dr Doyon (d'Uriage).

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Brun, chirurgien des hôpitaux de Paris ; Legendre, médecin de l'hô... Tenon ; Bezançon, ancien maire de Boulogne-sur-Se... Vagnat, maire de Briançon ; Chavanis, médecin de l'Hô... Dieu de Saint-Etienne ; Pons, président du conseil d'ar... dissement de Nérac ; Bailly, de Chambly (Oise) ; Casama... Dufour, médecin des hospices d'Oloron ; Carrier, méd... des hôpitaux de Lyon ; Legros, de Dompaire (Vosg... Tripier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

Distinctions universitaires. — Sont nommés : 1° C... CIERS DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — MM. les Drs Barette, p... fesseur à l'Ecole de médecine de Caen ; Beauvisage, agr... près la Faculté de médecine de Lyon ; Boinet, professe... l'Ecole de médecine de Marseille ; Bordas, ancien prépa... teur à la Faculté de médecine de Paris ; Boursier, profess... à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Bruté, profess... à l'Ecole de médecine de Rennes ; Debierre, professeu... la Faculté de médecine de Lille ; Ferré, professeur à la F... culté de médecine de Bordeaux ; Gauderon, professeu... l'Ecole de médecine de Besançon ; Gilis, professeur à... Faculté de médecine de Montpellier ; Guérin, agrégé p... la Faculté de médecine de Nancy ; Hébert, professeur ho... raire à l'Ecole de médecine de Dijon ; Hugounenc, pro... seur à la Faculté de médecine de Lyon ; Pégoud, profess... à l'Ecole de médecine de Grenoble ; Rey, professeu... l'Ecole de médecine d'Alger ; Thibaut, agrégé libre près... Faculté de médecine de Lille ; Viaud Grand-Marais, pro... seur à l'Ecole de médecine de Nantes ; Ville, professeur à... Faculté de médecine de Montpellier ; Petit, bibliothéca... adjoint à la Faculté de médecine de Paris.

2° OFFICIERS D'ACADÉMIE. — MM. les Drs Bataille, profess... à l'Ecole de médecine de Rouen ; Beille, agrégé près... Faculté de médecine de Bordeaux ; Broussolles, profess... à l'Ecole de médecine de Dijon ; Bruyant, suppléant à l'Ec... de médecine de Clermont-Ferrand ; Carlier, agrégé près... Faculté de médecine de Lille ; Chambrelent, agrégé près... Faculté de médecine de Bordeaux ; Charier, suppléant p... l'Ecole de médecine d'Angers ; Devaux, suppléant à l'Ec... de médecine de Limoges ; Devic, agrégé près la Faculté... médecine de Lyon ; Dianoux, professeur à l'Ecole de mé... cine de Nantes ; Galavielle, agrégé près la Faculté de mé... cine de Montpellier ; Gerber, suppléant à l'Ecole de mé... cine de Marseille ; Guillon, agrégé près la Faculté de mé... cine de Nancy ; Mesnard, agrégé près la Faculté de médeci... de Bordeaux ; Morin, suppléant à l'Ecole de médecine... Besançon ; Mouret, agrégé près la Faculté de médecine... Montpellier ; Pollosson, agrégé près la Faculté de médeci... de Lyon ; Thomas, professeur à l'Ecole de médecine... Tours ; Trolard, professeur à l'Ecole de médecine d'Alge... Tuffier, agrégé près la Faculté de médecine de Pari... Garand, médecin du lycée de Saint-Etienne ; Peltier, méd... cin du Collège de Sedan ; Saligue, médecin de l'école n... male de la Sauve ; Mlle Roze, sage-femme en chef de... clinique Baudelocque de la Faculté de médecine de Par...

Récompenses honorifiques. — Des médailles d'honne... ont été accordées aux personnes ci-après désignées... récompense du dévouement dont elles ont fait preuve... cours des maladies épidémiques ou contagieuses :

Médaille d'or. — MM. les Drs Ollé, médecin des épi... mies à Saint-Gaudens ; Soueix, médecin des épidémies... Saint-Girons ; et de Valicourt, médecin à Philippeville.

Médaille de vermeil. — Mme Martin a secondé son ma... M. le Dr Martin, dans les soins donnés aux personn... atteintes de diphtérie à Privas.

édaille d'argent. — MM. les Drs Blache, maire de Privas ; elli, Chancel, Galetti, médecins de la santé à Marseille ; omot, médecin des épidémies à Guéret.

édailles de bronze. — MM. les Drs Courtade, à Outar- ; Poitevin de Fontguyon, interne à l'hôpital Saint-Jean, ordeaux, et Schisgal, à Thiberville.

- La médaille d'honneur des épidémies, en or, a été dé- ée à M. le Dr Martin, chef du laboratoire de M. le Roux, à l'Institut Pasteur, en récompense du dévoue- nt dont il a fait preuve au cours de l'épidémie de diphté- qui a sévi dans l'arrondissement de Privas.

cole de médecine de Poitiers. — M. Malapert, pléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgi- es, est chargé d'un cours de pathologie chirurgicale et médecine opératoire, pendant la durée du congé ordé, sur sa demande et pour raison de santé, à M. le ofesseur Poisson.

Le Congrès de Moscou. — Le professeur Lannelongue, embre de l'Institut et de l'Académie de médecine, a été mmé président de la délégation française composée des légués qui ont mission de représenter au congrès de oscou les diverses universités de France.

C'est en cette qualité qu'il prononcera en séance solennelle discours sur la thérapeutique générale des tuberculoses ordre chirurgical.

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes ançais. — Lundi s'est ouvert, à Toulouse, le congrès des iénistes et neurologistes français.

Avant la réunion a eu lieu, dans la salle des Illustres du apitole, une cérémonie en l'honneur d'Esquirol et de inel.

Le bureau a été constitué comme suit : MM. Ritti, prési- ent, Brissaud et Duboisson, vice-présidents, Parent, direc- ur de la maison de santé de Toulouse, secrétaire général.

Nous commencerons dans notre prochain numéro, le ompte rendu des séances de ce congrès.

Buste de Niepce. — Dimanche 8 août 1897, à onze heures t demie du matin, aura lieu, dans le parc de l'établisse- ent thermal d'Allevard, l'inauguration du buste élevé par ouscriptions à la mémoire du Dr Niepce, ancien médecin nspecteur des eaux d'Allevard.

Le nombre des médecins et des écoles de médecine ux Etats-Unis.— La vieille Europe commence à souffrir de 'encombrement de la carrière médicale. La situation ne paraît pas meilleure pour la jeune Amérique. L'Allemagne, la France et l'Angleterre, qui comptent respectivement un médecin pour 2.000, 1.800, 1.600 habitants, se trouvent trop abondamment pourvues. Aux Etats-Unis, si l'on en croit la dernière édition de l'*Annuaire médico chirurgical de Polk*, il y aurait un médecin pour 613 habitants en moyenne. Dans quatre Etats seulement il y a moins d'un médecin pour 1.000 habitants, mais dans sept Etats il y a un médecin pour moins de 500 habitants.

Le nombre des étudiants en médecine s'accroît, d'ailleurs, dans une proportion plus rapide que la population elle-même. En 1892, il y avait 18.000 étudiants ; en 1894, il y en avait plus de 21,000 ; aujourd'hui, on en compte plus de 23.000.

Il existe aux Etats-Unis environ 175 écoles de médecine. Sur ce nombre total, 120 sont régulières, 19 homœopatiques, 7 éclectiques, 2 physio-médicales ; il en reste 12 qu'il est difficile de classer. On en compte 8 spécialement réservées aux femmes : 5 régulières, 2 homœopathiques et 1 éclectique. Dans huit autres écoles, les femmes sont admises et quatre sont exclusivement destinées aux races de couleur.

(*Echo méd. du Nord.*)

L'alcoolisme en Allemagne. — La *Revue des Sciences médicales* donne, d'après un journal d'hygiène de Berlin, des détails intéressants sur l'alcoolisme en Allemagne et les moyens qu'on a employés pour le combattre.

De 1838 à 1848, les Sociétés allemandes qui prêchaient l'abstention de l'eau-de-vie eurent un certain succès, surtout à Osnabruck (20 p. 100 d'abstinents), et dans le grand-duché d'Oldenbourg (17 p. 100). Leur échec final suspendit la lutte entreprise contre les ravages de l'alcool jusqu'en 1884, où se fondèrent simultanément plusieurs associations différant des anciennes en ce qu'elles ne s'attaquaient pas uniquement à l'eau-de-vie, mais aussi à la bière et au vin. Ces associations sont : 1° les *Antialcooliques* au nombre seulement de 200 ; 2° les *Bons Templiers*, qui comptent 1.200 membres répartis en 39 loges. Bode ne croit pas à l'avenir de ses Sociétés dont la prétention ne tend à rien moins qu'à la suppression de toute boisson fermentée ; 3° la *Croix Bleue*, qui a 57 Sociétés locales et 3.495 membres dont 384 buveurs corrigés depuis plus d'un an ; 4° la *Ligue contre l'abus des boissons alcooliques* qui, de beaucoup la plus importante, comprend 9.000 membres. Son but est plus modeste et plus accessible que celui des précédentes, car elle n'exige pas même l'abstinence de ses propres membres.

Ses moyens d'action sont : 1° les conférences ; 2° les publications populaires ; la ligue répand annuellement environ 50.000 brochures dont la plus grande partie est achetée et non donnée ; d'autre part, ses deux journaux se tirent à 20.000 exemplaires ; 3° l'amélioration des institutions ouvrières.

A. *Cabarets de tempérance.* — Le premier a été ouvert en Allemagne, à Berlin, le 14 septembre 1880 ; en 1882, Brême suivit l'exemple ; en 1883, Kœnigsberg ; puis rapidement, dans toutes les villes importantes, et même dans les petites localités, se fondèrent des établissements semblables. En 1891, les 25 de Hambourg ont débité, outre d'autres boissons rafraîchissantes et des portions d'aliments, 1,777,091 tasses de café ; celui de Capel, en 1892-93, 125,520 ; celui de Lubeck, en 1894, 80,096 ; ceux de Francfort-sur-le-Mein, en 1893, 228,632 ; et les 3 de Berlin, dans la même année, 685.160.

B. *Maisons du peuple.* — Leurs services sont encore plus étendus : elles servent de centre de réunion, de cercle aux membres de la ligue, moyennant une cotisation annuelle de 2 fr. 50. Toute personne y est admise sans être obligée de consommer ; sur toutes les tables se trouve une carafe d'eau et il n'est pas fourni d'autre boisson alcoolique qu'une bière légère. Chacun peut s'y procurer un bon repas de midi pour la somme de 0,30 centimes. Dans les salles adjacentes ont lieu des cours, des conférences et des concerts.

C. *Lieux de traitement pour buveurs.* — L'Allemagne possède actuellement 18 de ces établissements, dont 16 créés depuis 1883 ; 4 sont dirigés par des médecins et 2 sont réservés aux femmes.

Les mesures de réglementation et de législation constituent le quatrième et dernier moyen d'action de la Ligue. Dans la province rhénane, la Westphalie et la Haute-Silésie, le débit de l'eau-de-vie est interdit avant 8 heures du ma-

tin ou l'heure réglementaire de la fermeture de l'établissement est prématurée le soir. Dans plusieurs cercles, la vente de boissons à crédit entraîne le retrait de la licence. Les communes de Gelsenkirchen ont énergiquement poursuivi, depuis 1879, la réduction du nombre de leurs cabarets et débits d'eau-de-vie ; celui des premiers est tombé de 1 pour 129 habitants à 1 pour 369, et celui des seconds de 1 pour 4.786 à 1 pour 10.866. Des localités ayant 11.000 et même 15.000 habitants ne renferment plus un seul débit d'alcool.

Une loi hessoise de 1886 limite le nombre des débits suivant les besoins de la population. D'autre part, le nouveau Code civil allemand a inscrit l'ivrognerie au rang des motifs d'interdiction.

Voici maintenant quelques-uns des résultats acquis. Au lieu d'augmenter, comme jadis, le nombre des débits de boissons a considérablement diminué. En Prusse, il s'est abaissé de 615 par 100.000 habitants en 1879, à 535 en 1893. En Saxe de 692 à 559. Dans la ville de Cassel, en 1881 il y avait un débitant d'eau-de-vie sur 159 habitants ; en 1894, il n'y en avait plus qu'un sur 222. En 1881, on consommait par tête, 15 l. 2 d'eau-de-vie à 50° ; en 1894 seulement 8 l. 8. En même temps la consommation de la bière tombait de 207 à 189 litres par habitant.

En revanche, la consommation de la bière s'est accrue en d'autres endroits. Quant à la consommation générale de l'eau-de-vie, elle a éprouvé une diminution importante en Allemagne ; de 1880 à 1886, elle était évaluée à 6 l. 09 d'alcool absolu par habitant, tandis que maintenant elle n'est plus que de 4 l. 4, ce qui représente 27 p. 100 en moins. Depuis 1887, 125.000 hectares, dont les pommes de terre étaient transformées en alcool, sont récupérés pour l'alimentation humaine. Le progrès est sensible aussi dans les hôpitaux. La Charité, de Berlin, qui est l'établissement d'Allemagne qui reçoit le plus d'alcooliques, a vu le chiffre des entrants s'abaisser. De 1883 à 1888, les hôpitaux de Slesvig-Holstein (non compris les cliniques universitaires) traitaient 2 cas 13 de délire alcoolique pour 10.000 habitants. De 1889 à 1894, ils n'en ont plus traité que 1,68 et, dans les villes, la mortalité de ce chef par 10.000 habitants s'est réduite de 1,25 à 0,83.

Chemins de fer de Paris à Lyon et a la Méditerranée. — Vacances de 1897. — Trains de plaisir. — 1° *Paris Clermont.* — Aller, départ de Paris, le 7 août, à 11 h. soir; arrivée à Clermont, le 8 août, à 9 h. matin. Retour, au gré des voyageurs, par tous les trains ordinaires (sauf les express), à partir du 10 août jusqu'au dernier train du 22 du même mois. Prix (aller et retour) : 2e classe, 32 fr. ; 3e classe, 20 fr. ;

2° *Paris, Genève.* — Aller, départ de Paris, le 7 août, à 11 h. 35 soir, arrivée à Genève, le 8 août, à 1 h. 39 soir. Retour, au gré des voyageurs par tous les trains ordinaires (sauf les express), à partir du 10 août jusqu'au dernier train du 22 même mois. Toutefois, les voyageurs pourront utiliser le train express n° 14 entre Mâcon et Paris. Prix (aller et retour) : 2e classe, 50 fr. ; 3e classe, 26 fr;

3° *Paris, Berne, Zermatt.* — Aller, départ de Paris, le 12 août, à 3 h. 35 soir, arrivée à Berne, le 13 août, à 8 h. 25 matin ; arrivée à Zermatt, le 13 août, à 3 h. 25 soir. Retour, au gré des voyageurs, du 15 au 28 août inclus, par tous les trains (sauf les express). Les voyageurs peuvent s'arrêter dans toutes les gares d'arrêt comprises entre Pontarlier, Berne et Zermatt tant à l'aller qu'au retour. Prix (aller et retour) : pour Berne : 2e classe, 45 fr. ; 3e classe, 30 fr. ; po Zermatt : 2e classe, 68 fr. ; 3e classe, 42 fr.

4° *Paris, Aix-les-Bains, Chambéry.* — Aller, départ Paris, le 21 août, à 10 h. soir, arrivée à Aix-les-Bains, 22 août, à 11 h. 3 matin ; arrivée à Chambéry, le 22 aoû à 11 h. 45 matin. Retour, au gré des voyageurs, par to les trains ordinaires (sauf les express), à partir du 23 ao jusqu'au dernier train du 4 septembre. Toutefois, les voy geurs pourront utiliser le train express n° 14 entre Mâc et Paris. Prix (aller et retour) : 2e classe, 48 fr. ; 3e class 24 fr. 50.

On peut se procurer des billets pour les trains de pla sir de Paris à Clermont, de Paris à Genève, de Paris à Ber et à Zermatt, de Paris à Chambéry, depuis le 25 juillet, la gare de Paris P. L. M., 20, boulevard Diderot, dans l bureaux-succursales de la Compagnie et dans les divers agences de voyages.

Nécrologie. — Le Dr Gros (J.-Camille), ancien interr des hôpitaux de Paris (1856), ancien professeur de cliniq médicale à l'École de médecine d'Alger, corespondant l'Académie de médecine. — Le Dr Ballue (Eugène-Amédée d'Arras, ancien interne des hôpitaux de Paris (1883), éta parti il y a quinze jours de Dunkerque sur son yacht po aller en Ecosse, où sa femme devait le rejoindre ; il a di paru ainsi que les hommes de son équipage, probablemer victime d'un naufrage causé par sa rencontre avec la mal d'Ostende. Ballue était un excellent confrère et un chiru gien d'avenir et sa mort sera particulièrement pénible ceux qui l'ont connu. — Le Dr Tholozan (Joseph-Désiré) q fut pendant plus de trente ans le médecin du Chah Nasr-e Dine est mort à Téhéran le 30 juillet à l'âge de 77 ans. Th lozan était professeur agrégé au Val-de Grâce et c'est cette qualité qu'il avait été en 1865 détaché en mission Perse et mis hors cadre. Il devint médecin principal du Cha dont il possédait toute la confiance. Correspondant de l'Ac démie de médecine et de l'Académie des sciences, il a p blié quelques intéressants travaux; il a surtout été tr utile à l'influence française en Perse. — Le Dr Comme, m decin en chef de la marine, vient de mourir à Brest à l'âg de 54 ans. — Le Dr Barbé, de Bordji-Bouira (Alger), re en 1883. — Le Dr Kuss, de Brignoles (Var). Notre confrè était le fils du professeur Kuss, professeur à la Faculté médecine de Strasbourg, qui fut le dernier maire franç de cette ville. — M. Molle, médecin à Ecos (Eure), re en 1882.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastas
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.
CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.
NEURÔSINE PRUNIER. — Phosphoglycérate de chaux pu

CHOUSSY **LA BOURBOULE** PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglyci Gressy.

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie, Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

NUTRITION DES ENFANTS. Farine alimentaire Vigier.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*